

PLANOS DE SAÚDE CONHEÇA SEUS DIREITOS



Cobertura Assistencial.
Informações Indispensáveis
ao Consumidor.

COBERTURA ASSISTENCIAL - INFORMAÇÕES INDISPENSÁVEIS AO CONSUMIDOR -

A cobertura assistencial é um conjunto de direitos a que o consumidor faz jus ao contratar um plano de saúde. A extensão da cobertura é determinada pela **legislação de saúde suplementar** e tem que estar expressa no **contrato** firmado com a operadora.

Para orientar o consumidor, este guia constitui-se de duas partes. A primeira parte oferece dados sobre a legislação e sobre características de contratos, que são a base fundamental de informações para o consumidor. A segunda parte especifica cada cobertura assistencial de acordo com o que, pela legislação, é obrigatório e com o que é permitido excluir.

A LEGISLAÇÃO DE SAÚDE SUPLEMENTAR

O setor de saúde suplementar tem como marcos a **Lei 9656/98**, que regulamenta o setor, combinada às Medidas provisórias que a alteraram (atualmente está em vigor a MP 2177-44), e a **Lei 9961/00**, que criou a ANS e regulamentou seu funcionamento.

O CONTRATO

Para conhecer exatamente a cobertura que o seu plano de saúde proporciona, você deve estar atento à época da contratação e à cobertura assistencial obrigatória para o plano contratado, pois há diferenças a serem observadas.

ÉPOCA DA CONTRATAÇÃO

Dependendo da época em que seu plano de saúde foi contratado, ele poderá ser considerado como "antigo", "novo" ou "adaptado", tendo como referência a plena vigência da Lei 9.656/98. Veja as diferenças:

PLANOS ANTIGOS

São aqueles contratados antes de 02/01/1999. Como são anteriores às regras da Lei 9656/98, a cobertura é exatamente aquela que consta no contrato e as exclusões estão nele expressamente relacionadas.

PLANOS NOVOS

São os planos contratados a partir de 02/01/1999 e comercializados de acordo com as regras da Lei 9656/98, que proporcionam aos consumidores a cobertura assistencial definida pela ANS relativa a todas as doenças reconhecidas pela Organização Mundial de Saúde (OMS), além de outras garantias.

PLANOS ADAPTADOS

São aqueles planos firmados antes de 02/01/1999 e, posteriormente, adaptados às regras da Lei 9656/98, passando a garantir ao consumidor a mesma cobertura dos planos novos. Os consumidores que têm um plano antigo podem adaptá-lo à Lei, bastando solicitar à sua operadora uma proposta para a adaptação de seu plano. A operadora é obrigada a lhe oferecer uma proposta de adaptação, mas você não estará obrigado a aceitá-la, podendo, caso for mais conveniente, permanecer com o seu plano antigo.

COBERTURA ASSISTENCIAL OBRIGATÓRIA

As regras da legislação de saúde suplementar definem a cobertura obrigatória em função da assistência prestada, gerando segmentos específicos.

Você pode contratar um ou mais segmentos (independente da modalidade do seu plano de saúde - individual/familiar ou coletivo). Observe no quadro a cobertura obrigatória de cada segmento.

Segmento	Cobertura Assistencial					
	Consultas	Exames	Tratamentos e outros procedimentos ambulatoriais	Internações	Partos	Tratamento Odontológico
Ambulatorial	X	x	x			
Hospitalar sem Obstetrícia				x		
Hospitalar com Obstetrícia				x	x	
Odontológico						x
Referência	X	x	x	x	x	

As operadoras poderão oferecer **combinações** de diferentes segmentos, como por exemplo: plano com cobertura ambulatorial + cobertura hospitalar com obstetrícia ou o plano com cobertura ambulatorial + cobertura odontológica. Caberá ao consumidor escolher aquele mais conveniente e que oferecer maiores vantagens.

COBERTURA ASSISTENCIAL PARA PLANO NOVO E ADAPTADO

Fique Atento

Para conhecer a listagem completa de procedimentos com cobertura obrigatória para os consumidores de Planos Novos e Adaptados, você pode consultar o Rol de Procedimentos Médicos, que está disponível no Disque-ANS (0800-701-9656) e em www.ans.gov.br/legislação.

PLANO AMBULATORIAL

Engloba apenas os atendimentos realizados em consultório (consultas) ou ambulatório (procedimentos ambulatoriais), definidos e listados no Rol de Procedimentos, inclusive exames. O Plano com Cobertura Ambulatorial não cobre internação hospitalar.

Coberturas Proporcionadas

Aquelas previstas na legislação e no Rol de Procedimentos Médicos para a segmentação ambulatorial, incluindo, entre outras:

- consultas médicas em número ilimitado, realizadas em ambulatório ou consultório, em todas as especialidades médicas;
- consultas obstétricas para pré-natal, em número ilimitado;
- serviços de apoio diagnóstico e tratamentos realizados em ambulatório ou consultório;
- procedimentos ambulatoriais (inclusive as cirurgias ambulatoriais), mesmo quando realizadas em ambulatórios de hospital, desde que não caracterizem internação;
- procedimentos ambulatoriais que necessitem de anestesia local, sedação ou bloqueio, quando realizados em ambulatório;
- procedimentos considerados especiais, como por exemplo:
 - hemodiálise e diálise peritoneal;
 - quimioterapia ambulatorial;
 - radioterapia (megavoltagem, cobaltoterapia, cesioterapia, eletronterapia, etc.);
 - hemoterapia ambulatorial;
 - cirurgias oftalmológicas ambulatoriais.

Exclusões

- internação hospitalar e procedimentos que, embora não necessitem da internação, precisem de apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 horas ou de serviços como recuperação pós-anestésica, UTI, CTI e similares;
- procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;
- procedimentos que exijam anestesia, salvo aquelas que podem ser realizadas em ambulatório, com anestesia local, sedação ou bloqueio;
- tratamentos e exames que demandem internação, como quimioterapia intratecal; radiomoldagens, radioimplantes e braquiterapia; nutrição enteral e parenteral; embolizações e radiologia intervencionista.

PLANO HOSPITALAR

Compreende os atendimentos realizados durante a internação hospitalar. Este plano não tem cobertura ambulatorial.

Coberturas Proporcionadas

Aquelas previstas na legislação e no Rol de Procedimentos Médicos para o segmento hospitalar (sem obstetrícia), incluindo, entre outras:

- internações em unidades hospitalares, inclusive em UTI / CTI, sem limitação de prazo, valor máximo e quantidade;
- honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação;
- exames de diagnóstico e de controle da evolução da doença;
- fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, sessões de quimioterapia e radioterapia realizados durante o período de internação;
- toda e qualquer taxa, incluindo os materiais utilizados;
- remoção do paciente, quando comprovadamente necessário, dentro dos limites da cobertura geográfica previstos em contrato;
- despesas do acompanhante para pacientes menores de 18 anos;
- cirurgias, mesmo aquelas passíveis de realização em consultório, quando, por imperativo clínico, necessitem ser realizadas durante a internação hospitalar, como, por exemplo, as cirurgias odontológicas buco-maxilo-facial;
- procedimentos considerados especiais, cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada *em regime de internação hospitalar*, como por exemplo:
 - hemodiálise e diálise peritonial;
 - quimioterapia;
 - radioterapia, incluindo radiomoldagem, radioimplante e braquiterapia;
 - hemoterapia;
 - nutrição parenteral e enteral;

- procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica;
- embolizações e radiologia intervencionista;
- exames pré-anestésicos e pré-cirúrgicos;
- fisioterapia;
- cirurgia plástica reconstrutiva de mama para tratamento de mutilação decorrente de câncer;
- acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio dos pacientes submetidos a transplante de Rim e de Córnea, exceto medicação de manutenção.

Exclusões

- tratamento em clínicas de emagrecimento (exceto para tratamento de obesidade mórbida);
- tratamento em clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, clínicas para acolhimento de idosos, internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;
- transplantes à exceção de córnea e de rim;
- consultas ambulatoriais e domiciliares;
- atendimento pré-natal e parto;
- tratamentos e procedimentos ambulatoriais.

PLANO HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA

Engloba os atendimentos realizados durante internação hospitalar e os procedimentos relativos ao pré-natal e à assistência ao parto.

Coberturas Proporcionadas

Aquelas previstas na legislação e no Rol de Procedimentos Médicos para o segmento hospitalar com obstetrícia, além das coberturas elencadas - neste guia - para o plano hospitalar, incluindo, entre outras:

- procedimentos relativos ao pré-natal, inclusive consultas obstétricas de pré-natal, bem como exames relacionados, ainda que realizados em ambiente ambulatorial;
- partos;
- coberturas e benefícios para o recém nascido:
 - atendimento ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do consumidor ou de seu dependente, durante os primeiros 30 dias após o parto;
 - inscrição assegurada do recém-nascido no plano, como dependente, isento do cumprimento de carência, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 dias do nascimento.

Fique Atento

A assistência e a inscrição com isenção de carência só alcançam o recém-nascido após o cumprimento de 300 dias de carência pelo titular do plano.

Exclusões

- tratamento em clínicas de emagrecimento (exceto para tratamento de obesidade mórbida);
- tratamentos em clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, clínicas para acolhimento de idosos, internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;
- transplantes, à exceção de córnea e rim;
- consultas ambulatoriais e domiciliares;
- tratamentos e procedimentos ambulatoriais.

PLANO ODONTOLÓGICO

Inclui apenas procedimentos odontológicos realizados em consultório, incluindo exame clínico, radiologia, prevenção, dentística, endodontia, periodontia e cirurgia.

Coberturas Proporcionadas

Aquelas previstas na legislação e no Rol de Procedimentos Odontológicos, incluindo, entre outras:

- consultas e exames auxiliares ou complementares, solicitados pelo odontólogo assistente;
- procedimentos preventivos, de dentística e endodontia;
- cirurgias orais menores, assim consideradas as realizadas em ambiente ambulatorial e sem anestesia geral.

Exclusão

- tratamento ortodôntico e demais não relacionados na cobertura obrigatória.

PLANO REFERÊNCIA

Constitui o padrão de assistência médico-hospitalar, porque conjuga a cobertura ambulatorial, hospitalar e obstétrica. A Lei estabelece que a operadora de plano de saúde deve oferecer, obrigatoriamente, aos consumidores o Plano Referência, que garante assistência nesses três segmentos.

O Plano Referência não faz qualquer limitação para os atendimentos de urgência e emergência, após 24h da contratação, mesmo que o usuário esteja cumprindo prazo de carência, salvo nos casos de doenças preexistentes (aquelas que o consumidor tem ciência de ser portador no momento da assinatura do contrato).

Coberturas Proporcionadas

São aquelas relacionadas para o plano com cobertura ambulatorial somadas às previstas para o plano com cobertura hospitalar com obstetrícia, constantes da legislação e do Rol de Procedimentos Médicos.

Exclusões

- aquelas listadas neste guia como excluídas dos planos ambulatorial, hospitalar com obstetrícia e hospitalar sem obstetrícia.

EXCLUSÕES PARA TODOS OS TIPOS DE PLANOS

Observe os procedimentos que, de acordo com a Lei 9656/98, não são obrigatoriamente cobertos pelas operadoras de planos de saúde:

- transplantes, à exceção de córnea e rim;
- tratamento clínico ou cirúrgico experimental;
- procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos;
- fornecimento de órteses, próteses e seus acessórios, não ligados ao ato cirúrgico ou para fins estéticos;
- fornecimento de medicamentos importados, não nacionalizados (fabricados e embalados no exterior);
- fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar;
- inseminação artificial;
- tratamentos ilícitos, antiéticos ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- casos de cataclismos, guerras e comoções internas declaradas pelas autoridades competentes.

Fique Atento

Não poderá haver limitação de número de consultas, de cobertura para exames e de prazo para internações, mesmo em leitos de alta tecnologia (UTI/CTI), salvo na assistência relacionada a transtornos psiquiátricos.

Veja os principais avanços da cobertura com o advento da Lei 9656/98

	Planos Antigos	Planos Novos ou Adaptados
Limitações na quantidade de consultas e quanto a dias de internação e a número de procedimentos	Muitos planos de saúde limitavam o atendimento para consultas médicas por ano e principalmente para internações, determinando um número de dias fixos para internação, ou para sessões de fisioterapia.	Todos os procedimentos são ilimitados, inclusive consultas, dias de internação em CTI, exames, sessões de fisioterapia, e outros, com exceção dos transtornos psiquiátricos.
Doenças preexistentes ou congênitas	Os contratos podiam excluir totalmente a cobertura de doenças preexistentes ou congênitas.	As operadoras são obrigadas a tratar de consumidores com doenças preexistentes ou congênitas. Ao assinar o contrato, o consumidor preenche um formulário, orientado por um médico, declarando ser ou não portador de doença ou lesão preexistente (DLP) ou congênita.
AIDS e Câncer	Muitos planos de saúde simplesmente excluía o tratamento dessas doenças.	A cobertura para essas doenças é obrigatória, nos limites do plano contratado (ambulatorial, hospitalar). Se o consumidor já era portador quando adquiriu o plano de saúde, essas doenças serão consideradas preexistentes.
Pessoas Portadoras de Deficiência	Os planos de saúde não eram obrigados a oferecer cobertura para pessoas portadoras de deficiência.	A Lei assegura que ninguém pode ser impedido de participar de um plano de saúde por ser portador de qualquer tipo de deficiência.
Transtornos psiquiátricos	Poucos planos de saúde cobriam procedimentos psiquiátricos. Os pacientes com transtornos mentais, inclusive os dependentes químicos (alcoólatras e viciados em drogas), não tinham acesso ao tratamento básico de saúde mental.	A Lei prevê o atendimento a portadores de transtornos mentais, inclusive nos casos de intoxicação ou abstinência provocadas por alcoolismo ou outras formas de dependência química. As operadoras devem cobrir lesões decorrentes de tentativas de suicídio.
Transplantes de rim e córnea	Os planos de saúde excluía, em geral, qualquer tipo de transplante.	Os planos com cobertura para internação hospitalar cobrem transplantes de rim e córnea, incluindo despesas com doadores vivos, medicamentos usados na internação, acompanhamento clínico no pós-operatório, despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos.

Órteses e próteses	A maioria dos planos de saúde excluía a cobertura de qualquer tipo de órtese ou prótese.	É obrigatória a cobertura de órteses, próteses e seus acessórios, ligados ao ato cirúrgico, nos planos com cobertura para internação hospitalar, desde que não tenham finalidade estética.
Fisioterapia	Tratamentos de fisioterapia eram excluídos ou limitados a poucas sessões.	Quando indicado pelo médico assistente do consumidor, o tratamento de fisioterapia é de cobertura obrigatória e em número ilimitado.
Distúrbios Visuais (Miopia, Hipermetropia e Astigmatismo)	A maioria dos planos de saúde excluía qualquer cirurgia para tratamento de distúrbios visuais.	É obrigatória a cobertura de cirurgias refrativas para pessoas com grau de miopia igual ou superior a 7.
Obesidade mórbida	Raramente os planos de saúde cobriam cirurgias para o tratamento de obesidade mórbida.	Quando indicadas por médico assistente do consumidor, é obrigatória a cobertura de cirurgias para tratamento de obesidade mórbida.
Quimioterapia, radioterapia, hemodiálise e transfusão	Poucos Planos de Saúde cobriam quimioterapia, radioterapia, hemodiálise e transfusão, em geral com limitações de número de sessões.	A cobertura é obrigatória nos planos com cobertura ambulatorial, quando realizada em nível ambulatorial; nos planos com cobertura hospitalar, quando realizada durante a internação.
Acompanhante	Não havia regulamentação na matéria, ficando a critério de cada operadora a definição da cobertura.	A Lei obriga as operadoras de planos de saúde a oferecer cobertura para acompanhantes de pacientes menores de 18 anos. É facultado estender esta cobertura a acompanhante de paciente maior de idade.
Dengue/Febre Amarela e Malária	A maioria dos contratos antigos não cobria doenças infecto-contagiosas ou epidemias como dengue, febre amarela e malária.	É obrigatória a cobertura assistencial para estas doenças em todos os planos.
Acidentes de trabalho	Em geral havia a exclusão de acidentes de trabalho e suas conseqüências; de moléstias profissionais e de procedimentos relacionados com a saúde ocupacional, tanto em planos individuais como em planos coletivos.	Nos planos individuais (contratados por pessoa física), é obrigatória a cobertura para os procedimentos relacionados com os acidentes de trabalho e suas conseqüências, para moléstias profissionais, assim como para os procedimentos relacionados com a saúde ocupacional. Nos planos coletivos (contratados por pessoa jurídica), a cobertura é facultativa.

A ANS E O EQUILÍBRIO DO SETOR

A Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, criada pela Lei n.º 9961 de 28 de janeiro de 2000, é uma autarquia especial vinculada ao Ministério da Saúde, com sede no Rio de Janeiro e atuação em todo o território nacional.

A ANS foi constituída com a missão promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde pela regulação e fiscalização do setor, das relações das operadoras setoriais com prestadores de serviços de saúde e com usuários de planos de saúde, para o desenvolvimento das ações de saúde no país.

COMO FALAR COM A ANS

- **TELEFONE:** ligação gratuita através do **Disque-ANS** 0800-701-9656, de qualquer cidade do Brasil, de segunda a sexta-feira, entre 08 e 18 horas (horário de Brasília).
- **INTERNET:** em www.ans.gov.br há uma área específica com formulários para o envio de dúvidas, sugestões ou reclamações, o “Fale Conosco”.
- **CORREIO:** endereçar à Central de Atendimento ao Consumidor da ANS, situada à Rua Augusto Severo, 84 – Glória - Rio de Janeiro, RJ 20021-040.